

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Firmin Jacques DAVIGO

Né le 13 Janvier 1890, à l'Île de Groix (Morbihan).

LA

PÉRITONITE SYPHILITIQUE

ET SES

FORMES CLINIQUES

Président : M. ROGER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

31

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Firmin Jacques DAVIGO

Né le 13 Janvier 1890, à l'Île de Groix (Morbihan)

LA

PÉRITONITE SYPHILITIQUE

ET SES

FORMES CLINIQUES

Président : M. ROGER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1925

I. — PROFESSEURS



Anatomie	MM. NICOLAS.
Anatomie médico chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERRONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J -L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médica'e.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET . . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . . }	Pathologie médicale.
CLERC }	
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER . . }	Pathologie médicale.
FOIX }	
GARNIER . . .	Pathologie expérimente.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ BOYER . .	Urologie.
HOVELACQUE . .	Anatomie.
OYEUX	Parasitologie.

MM

LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . .	Obstétrique.
LEVAITRE . .	Oto rhino-laryngologie
LEMIERRE . .	Patho'og'ie médicale.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . . .	Obstétrique.
MOCQUOT . . }	Pathologie chirurgicale.
MONDOR . . . }	
MOURE }	
MULON	Histologie.
PHILIBERT . .	Bactériologie.
RIBIERRE . . .	Pathologie médicale.
RICHT Fils . .	Physiologie.
ROUVIERE . . .	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthlalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT . . .	Obstétrique.

MM.

RETTÉTERER . .	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . .	} Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU .		PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale	RATHERY . .	Clinique médicale.
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	} Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Clinique ophtalmologique.
LÉPER . . .			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N...		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES SCEURS

A MES TANTES

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. H. ROGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En le remerciant du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ BONAMY

Ancien Interne des Hôpitaux
Chirurgien de l'Hôpital Gouin

Pendant 5 ans, nous avons suivi son enseignement à l'hôpital Gouin. Qu'il nous permette de lui dire ici toute notre admiration pour l'exemple de haute conscience professionnelle qu'il nous a donné et de lui témoigner notre fidèle reconnaissance pour les marques d'amitié qu'il nous a prodiguées.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURICE CHIRAY

Médecin de l'Hôtel-Dieu

qui nous a témoigné constamment une sympathie et une affection dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

LA PÉRITONITE SYPHILITIQUE ET SES FORMES CLINIQUES

Définition

Il est classique de considérer toute réaction péritonéale comme étant le résultat d'une extension à la séreuse d'un processus inflammatoire développé au niveau d'un organe abdominal : appendice, foie, estomac, rate, intestin, etc... Cette conception se trouve d'ailleurs confirmée par la disparition des symptômes morbides par suite de l'ablation de l'organe incriminé ; appendice, vésicule biliaire, etc...

Toutefois, comme le dit Savy (1), si nombreuses que soient les affections abdominales rebelles qui disparaissent après l'appendicectomie ou la cholécystectomie, il existe une série importante de faits caractérisés par la continuation ou la récurrence de troubles viscéraux, malgré l'exérèse de l'organe considéré comme responsable des altérations développées dans son voisinage. C'est qu'il s'agit alors de lésions de péritonites chroniques primitives, latentes, évoluant à bas bruit sous la

(1) SAVY. — *Journal de Médecine de Lyon*, juillet 1922.

forme plastique, de nature variable, et justiciables avant tout de la thérapeutique médicale.

Ce sont ces péritonites primitives d'origine syphilitique que nous proposons d'étudier dans ce travail, à l'exclusion des péritonites syphilitiques secondaires consécutives à une lésion viscérale. Certes, la distinction en est bien fragile dans certains cas, et il est même souvent impossible de déterminer le siège primitif de la lésion. Il n'en est pas moins vrai que la localisation primitive du processus syphilitique sur la séreuse péritonéale doit être admise sans conteste et que la péritonite syphilitique primitive doit conserver son caractère d'entité pathologique distincte.

INTRODUCTION

L'étude des manifestations viscérales de la syphilis a pris, de nos jours, une importance considérable dans la pathologie médicale. On s'est aperçu que nombre d'affections autrefois rebelles à toute médication, guérissaient ou, tout au moins, étaient notablement améliorées par l'institution d'un traitement antisiphilitique.

C'est ainsi qu'on a pu obtenir des cures remarquables d'angine de poitrine et faire disparaître des syndromes douloureux abdominaux, *a priori sine materia*. L'allure protéiforme des manifestations de la syphilis déroutait la perspicacité des cliniciens, et la notion de la fréquence de la syphilis viscérale a éclairé toute la pathologie d'un jour nouveau.

C'est pourquoi, devant les différents tableaux cliniques qu'ils avaient sous les yeux, et dans l'impossibilité où ils se trouvaient d'en démêler la cause, de nombreux médecins, même en l'absence de tout antécédent, ont systématiquement recherché dans la syphilis la cause originelle de ces affections. De là, cette multiplicité de travaux sur la syphilis viscérale, en particulier, sur la syphilis du foie, de l'estomac, de l'intestin, du pan-

créas, etc... pour ne parler que des organes abdominaux. Les lésions de ces différents viscères et du péritoine voisin ont été minutieusement étudiées et décrites, et l'on peut dire que l'histoire anatomo-pathologique des lésions viscérales syphilitiques est actuellement au point.

Par contre, l'étude clinique des différents syndromes abdominaux n'est pas encore arrivée à nous donner toute satisfaction quant au diagnostic et à l'évolution d'une maladie proprement syphilitique de tel ou tel organe. Peut-être méconnaissions-nous certaines manifestations de la syphilis digestive, soit qu'elles évoluent sous le masque d'un syndrome banal, soit que nous ne sachions pas encore différencier dans les éléments de ces syndromes la marque propre de la syphilis. Il est certain toutefois que le processus infectieux pouvant atteindre plusieurs organes en même temps, détermine l'apparition de troubles multiples dont la nature et l'intensité varient selon le degré des lésions qui évoluent sur chaque organe. D'où la difficulté évidente de classer rigoureusement dans un tableau clinique exact tel ou tel syndrome abdominal d'origine syphilitique.

Dans le service de M. Bonamy nous avons eu l'occasion d'étudier plusieurs cas de syphilis viscérale, et ce fut au cours de laparotomies que le diagnostic fut posé. Au cours de nombreuses interventions pour appendicites, cholécystites, fibromes, etc... nous avons d'ailleurs bien des fois été frappé de constater des phénomènes plus ou moins considérables de péritonite plastique que ne justifiaient nullement les lésions souvent minimes des

organes incriminés. D'où l'idée nous est venue que la syphilis pouvait bien en être rendue responsable, dans les cas où du moins, la tuberculose devait être résolument écartée.

C'est également l'opinion de M. Letulle qui dit que la syphilis frappe le péritoine d'une manière beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense, en général. Les désordres qu'elle y détermine sont assez caractéristiques pour ne pouvoir échapper à l'anatomo-pathologiste. Et il ajoute « je crois même arriver à démontrer que le clinicien est apte à reconnaître sans grand'peine la péritonite syphilitique et, s'il la décele à temps, la guérir ».

En étudiant l'histoire de la péritonite syphilitique nous avons été surpris de constater qu'en somme cette question a été amorcée depuis longtemps, puisque, comme nous le verrons dans notre aperçu historique Portal en 1803, et Hufeland en 1812 avaient très nettement émis l'hypothèse d'une localisation primitive de la lésion syphilitique sur le péritoine. En relisant le chapitre des péritonites chroniques, dans Bouchard et Charcot, notre attention a été retenue par la description d'une péritonite dite idiopathique. Cette péritonite chronique tantôt à forme plastique adhésive, tantôt à forme ascitique, ressemble à s'y méprendre à notre péritonite primitive syphilitique. C'est surtout la péritonite chronique des enfants qui a été considérée comme idiopathique, dans bien des cas où l'on ne pouvait incriminer la tuberculose. Or, nous verrons qu'il existe chez les enfants une péritonite syphilitique évoluant sur un terrain hérédosyphilitique. Il est vrai que sur un tel ter-

rain, sensibilisé pour ainsi dire par le spirochète, un traumatisme, une infection, peut déterminer l'éclosion d'accidents sur telle ou telle partie de l'organisme. Quoi qu'il en soit, il est certain que le traitement spécifique, méthodiquement appliqué, a presque toujours raison de ces accidents. Personnellement nous connaissons un cas du docteur Onfray concernant une malade présentant des antécédents syphilitiques remontant à la deuxième génération. Soumise au traitement mercuriel pour un iritis, cette malade vit disparaître, pour sa plus grande satisfaction, tout un cortège de troubles gastro-intestinaux pour lesquels elle était en vain soignée depuis trois ans.

Dans l'impossibilité où l'on se trouvait de déceler la cause des manifestations péritonéales qu'ils observaient, plusieurs auteurs ont décrit des péritonites cryptogénétiques.

Les lésions décrites sont celles de la péritonite de forme fibro-adhésive, ou de forme ascitique. Ce terme, pas plus que celui de péritonite idiopathique, n'explique rien quant à l'origine de l'affection. Du Pasquier, en particulier, a décrit une forme spéciale de péritonite chronique qu'il a nommée cirrhose hypertrophique systématique du péritoine. La séreuse était dure, ligneuse, la lésion ne portait que sur la séreuse laissant indemne les viscères sous-jacents, qui étaient seulement consécutivement atrophiés. Cette lésion avait eu une évolution progressive.

Une question qui a été mise à l'ordre du jour par M. Letulle est celle de l'origine syphilitique des cirrhoses

hépatiques curables. Elle avait été déjà longuement discutée, il y a quelque 30 ans à la Société médicale des Hôpitaux de Paris. A cette époque, on ne songeait guère à la syphilis, comme cause de l'ascite, dans la cirrhose de Laënnec. Tout appartenait, de droit, à l'alcoolisme. Depuis lors, les idées ont fait du chemin et M. Letulle soutient que la péritonite syphilitique accompagne fréquemment la cirrhose hépatique. Selon lui, toute cirrhose ascitogène doit, de prime abord, être soupçonnée de syphilis même lorsqu'elle se développe sur un terrain alcoolique avéré ou sur un champ tuberculeux.

De même dans la gastrite chronique (linitis plastique de Brinton) des observations (Letulle-Hanot-Gombault) ont démontré la subordination des lésions stomacales aux lésions péritonéales.

Ceci établirait de la façon la plus nette l'existence de la péritonite chronique syphilitique.

Tout ce qui précède nous autorise à dire qu'à côté des inflammations viscérales primitives qui peuvent retentir secondairement sur le péritoine voisin, à côté des troubles douloureux ou fonctionnels gastro-intestinaux, à côté des troubles d'origine sympathique qu'on invoque si facilement lorsque le diagnostic n'est pas évident, il existe des lésions développées primitivement et d'emblée sur la séreuse péritonéale qui sont de nature syphilitique.

Nous allons étudier cette péritonite syphilitique primitive dans ses modalités cliniques. Après avoir décrit la forme aiguë ascitogène avec ou sans tumeur, nous

passerons à la forme chronique fibro-adhésive. Suivant la localisation des adhérences nous décrirons les péri-viscérites syphilitiques soit la périgastrite, périhépatite, périoduodénite, pérityphlite, épiploïte, pelvipéritonite. Après quelques mots sur le traitement et les résultats obtenus jusqu'ici nous développerons nos observations.

Avant de terminer, nous sommes heureux d'adresser ici nos remerciements à M. le Professeur agrégé Chiray qui nous a inspiré ce travail et nous a guidé dans son élaboration. Nous remercions également le docteur Burty qui nous a permis de suivre les malades qui font l'objet de nos deux observations.

HISTORIQUE

Aussi loin que l'on puisse remonter dans l'histoire de la syphilis, on ne trouve d'allusion à la péritonite syphilitique qu'en 1803. C'est à cette date, en effet, que Portal signala la possibilité au cours d'une syphilis, d'une extension du processus infectieux à la séreuse. Il cite le cas d'un homme « atteint du vice vénérien ayant éprouvé de violentes douleurs abdominales nocturnes et mort cachectique dont le péritoine, à l'autopsie, était épaissi d'un demi-pouce dans la partie où il recouvre les vertèbres lombaires et se prolonge au-devant des reins ».

En 1812, Hufeland, médecin hollandais, étudiant la question des ascites, émettait incidemment cette opinion que certaines hydropisies pourraient bien être de nature syphilitique. Cette idée audacieuse n'eut pas le don d'éveiller l'attention, de sorte que cette suggestion fut complètement oubliée. Tapret, en 1878, nous a montré que jusqu'à Louis personne n'avait songé à une autre cause qu'à l'alcoolisme.

C'est en 1857, qu'Albert Puech publie la première observation de péritonite syphilitique, il s'agit d'un

homme qui, ayant eu un chancre, est atteint plus tard d'exostoses du tibia et présente des caractères d'une maladie bronzée, en même temps que tous les symptômes d'une dysenterie chronique. A son autopsie on trouve de petites ulcérations dans l'estomac, plus développées dans le gros intestin, des collections dans le foie de nature purulente et des nodosités ramollies. De plus la séreuse intestinale et mésentérique est semée d'espaces en espaces de productions pathologiques particulières au nombre de trente ou quarante. Ce sont de petites plaques arrondies, discoïdes ou quadrilatères blanchâtres, et légèrement saillantes. Les unes sont de l'étendue d'une lentille, les autres de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

L'auteur en conclut que la séreuse péritonéale pouvait devenir le point de départ de dépôts gommeux, car la collection hépatique revêtait plutôt l'aspect d'une gomme ramollie que d'un foyer purulent.

A cette notion il opposait d'ailleurs, déjà, celle de la péritonite membraneuse adhésive qu'il considérait comme beaucoup plus fréquente, et offrait cette particularité de toujours siéger au niveau des viscères et principalement à la surface du foie.

A partir de ce moment les observations se multiplient. Des travaux paraissent sur la syphilis viscérale, et soit qu'il s'agisse de syphilis hépatique ou intestinale, les auteurs signalent l'extension fréquente du processus morbide à la séreuse.

Cullerier cite le cas d'une femme enceinte qui se trouvait en plein tertiarisme, et atteinte de diarrhées san-

guinolentes. Elle mourut en donnant le jour à un fœtus malingre qui ne survécut pas. L'intestin était le siège de nombreuses ulcérations et la séreuse péritonéale était largement épaissie.

Schrott en 1861 rapporte le cas d'un enfant mort de syphilis héréditaire. L'intestin était épaissi, lardacé. Le péritoine, épaissi également, était recouvert d'un exsudat blanc-jaunâtre.

Oser, en 1871, trouva chez un tabétique, mort brusquement, des lésions considérables du péritoine qui apparaissait injecté et recouvert d'épaisses fausses membranes. Il était parcouru par des varices lymphatiques remplies d'une lymphe épaissie et blanchâtre.

Baumgarten note des exsudats recouvrant tout le péritoine d'un syphilitique. Mauriac rapporte l'observation de Laurenzi. Il s'agissait d'un homme syphilitique avéré, mort de cachexie provoquée par une diarrhée profuse. A l'autopsie on trouva une véritable éruption gommeuse de l'intestin. Des dépôts gommeux couvraient également le péritoine pariétal et viscéral. Klobs publia des observations relatives à des gommes entéro-pariétales. Il existe une observation de Virchow ayant trait à un malade, syphilitique avéré, et qui mourut après avoir présenté de l'ascite et une diarrhée profuse. On trouve des gommes et des cicatrices sur l'intestin. Le péritoine était, en outre, parsemé de petites tumeurs blanchâtres.

Mais tous ces auteurs, s'ils ont noté ou étudié la syphilis péritonéale, ne l'ont vue que comme secondaire à une lésion viscérale préexistante. Au contraire, Simpson,

accoucheur d'Edimbourg, admet sans hésiter, l'existence d'une péritonite syphilitique héréditaire. Son opinion se base sur trente-et-un cas personnels. Dans trois cas de syphilis héréditaire, Wilks a trouvé des adhérences entre le foie et le diaphragme, et deux fois une péritonite généralisée. Baerensprung a vu maintes fois à la surface de la rate, du foie, ou même des intestins, des dépôts pseudo-membraneux mous et peu consistants, ou fermes et résistants comme ligamenteux. Les caractères de cette affection sont ceux de la péritonite chronique adhésive, c'est-à-dire d'une lésion qui ne se manifeste ni par la suppuration, ni par une marche rapide, ni par des symptômes aigus.

Depuis 1910, l'étude de la syphilis péritonéale primitive a fait de gros progrès et les observations sont de plus en plus nombreuses. Battys signale, en 1911, un cas fort intéressant d'ascite chyloforme d'origine spécifique avec albuminurie.

En 1918, M. Letulle fait sur ce sujet une importante communication à l'Académie de Médecine et consacre un magistral article à la péritonite syphilitique dans la Presse Médicale. Il y constate que dans la moitié des cas l'ascite des cirrhotiques est d'origine syphilitique. En 1919 MM. Courtois-Suffit et Giroux confirment ses observations. En 1921, MM. Chiray et Janet publient une intéressante observation de syphilis pleuro-péritonéale primitive. En 1922 MM. Pehu et Bonafé apportent plusieurs observations, contrôlées par la laparotomie de péritonite syphilitique chez des nouveau-nés. Enfin en 1924, une observation extrêmement probante de José M.

Waldes, a été publiée en Amérique. Elle concerne une syphilis péritonéale héréditaire chez une fillette de huit ans qui fut radicalement guérie par le traitement. Nous y reviendrons d'ailleurs au courant de cette étude.

Comme nous venons de le voir, la péritonite syphilitique d'abord entrevue, puis étudiée comme complication d'une syphilis viscérale, est désormais classée comme une maladie distincte du péritoine. Sans aucun doute, les années qui viennent confirmeront de plus en plus la notion de la localisation primitive du processus infectieux sur la séreuse péritonéale et nous révéleront vraisemblablement la grande fréquence de cette redoutable affection.

ETIOLOGIE

La syphilis ne frappe pas le péritoine à toutes les périodes de son évolution. La syphilis primaire ou secondaire ne détermine pas de lésions au niveau de la séreuse, Par contre la syphilis tertiaire et héréditaire doit être rendue responsable des différentes modalités de la péritonite syphilitique, celle-ci revêtant le type clinique plastique ou ascitogène dans la syphilis tertiaire, tandis qu'elle est presque exclusivement ascitogène dans la syphilis héréditaire avec ou sans pseudo-tumeur.

Il faut noter également l'influence des causes accidentelles sur l'éclosion d'une péritonite syphilitique. Le moindre dérangement dans la constitution, selon Hunter, est une cause suffisante pour la manifestation de la syphilis, Friteau et Swediaur, Biett et Alibert s'accordent également à reconnaître l'influence des maladies aiguës sur le développement des affections syphilitiques et Martins conclut dans le même sens. Bamberger rappelle deux cas où l'influence d'une poussée variolique sur l'apparition des lésions syphilitiques est peu contestable.

D'autre part, il est possible, sinon certain, que le

traumatisme peut favoriser le développement des lésions syphilitiques sur la séreuse péritonéale. M. Aboularage cite un cas de péritonite séreuse localisée post-traumatique. Il s'agissait d'un enfant qui fut serré entre un mur et une charrette. A l'examen on trouvait une tumeur mate dans l'hypocondre gauche, d'où la ponction ramena un liquide riche en chlorures et en albumine. Dans la suite l'épanchement se généralisa en même temps que l'état général présentait des signes d'altération rapide : amaigrissement, polyadénopathie, hypertrophie des extrémités osseuses.

Une laparotomie exploratrice fut pratiquée. Le ventre était plein d'un liquide séreux contenant des globules rouges et blancs. Les viscères étaient normaux. On trouva une cavité grosse comme le poing entre l'estomac, la rate, et le côlon. L'ascite se reforma par la suite, fut évacué de nouveau et enfin l'enfant finit par mourir de cachexie. A aucun moment il n'avait présenté de vomissements, ni de température.

M. Aboularage déclare ne pas pouvoir donner une explication plausible de ces phénomènes. Il reste néanmoins qu'un traumatisme a pu déterminer l'apparition d'une péritonite séreuse et l'on est en droit de conclure que sur un terrain syphilitique, la péritonite eut été spécifiquement de même nature.

FORMES CLINIQUES

Dans ce modeste travail nous n'avons pas la prétention d'apporter toutes les preuves, tous les documents qui donneraient à la péricitonite syphilitique ses caractères, ses symptômes, son évolution établis préemptoirement et d'une façon définitive. Les signes d'une syphilis concomitante ne suffisent pas, en effet, pour affirmer la nature syphilitique d'une péricitonite. Il est bien évident que tout syphilitique a le droit de faire, par exemple, une péricitonite tuberculeuse ou pneumococcique. Il faudrait confirmer les données cliniques par un examen bactériologique. La présence du spirochète serait la preuve absolue de l'authenticité de la syphilis péricitonéale. Malheureusement nous n'avons pu le faire. Cependant la péricitonite syphilitique existe et l'étude anatomo-pathologique de ses lésions a été faite d'une façon magistrale par M. Letulle. Dès lors, nous basant sur l'évolution clinique de la maladie, nous avons pensé qu'il est légitime d'attribuer à la syphilis les manifestations péricitonéales que nous rencontrons chez un malade dont l'examen sérologique positif confirme l'examen

clinique et auquel le traitement spécifique apporte une amélioration sensible, sinon la disparition complète des symptômes observés.

Péritonite syphilitique aiguë

Ce n'est pas une maladie bruyante, évoluant à grands fracas, et d'allure dramatique, comme on est tenté de se la représenter d'ordinaire quand on parle de péritonite aiguë. Les lésions n'étant pas septiques sont, par là même, incapables de déterminer des accidents rapides et graves, comme on le voit dans les péritonites aiguës d'origine appendiculaire, ou déclanchées par suite d'une perforation d'un ulcus. Dans ce cas, les germes infectieux déversés dans le péritoine brusquement et en grand nombre ont une virulence considérable dont l'exaltation se traduit par des phénomènes généraux et locaux particulièrement intenses. Il en est tout autrement quand le spirochète est en jeu. L'éclosion et l'évolution du processus infectieux se font silencieusement, sans bruit, mais ne se terminent pas par une de ces crises cataclysmiques qui emportent souvent le malade. Petit à petit le malade s'affaiblit, il se cachectise tout doucement à mesure que les signes d'infection péritonéale augmentent progressivement. Ainsi donc le fait capital est que le début de l'affection est toujours insidieux et que son évolution est lente et progressive.

Symptômes

Nous n'envisagerons ici que les symptômes locaux d'ordre abdominal résultant de l'atteinte de la séreuse par le spirochète, à l'exclusion des signes généraux de la syphilis qui n'entrent pas dans le cadre de cette étude. Toutefois, il est bien entendu qu'il faut toujours les rechercher avec soin et notamment la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide d'ascite. Ces renseignements joints, au besoin, à un traitement d'épreuve sont indispensables pour présumer la nature syphilitique de la péritonite.

PÉRIODE DE DÉBUT

Etant donné l'extrême lenteur de la progression des lésions, il est impossible de déterminer le début de l'infection du péritoine. Cependant il existe toute une symptomatologie locale qui attire l'attention du clinicien sur l'abdomen.

Signes locaux

Le premier et le plus important de ces signes est la douleur, douleur spontanée, souvent minime, mais quelquefois très vive, comme nous en avons un exemple dans notre observation II. Elle présente cette particularité de n'avoir aucun caractère propre. Siégeant deci, delà, un peu partout dans l'abdomen, elle apparaît sans cause appréciable et disparaît de même ; tantôt sourde et con-

tinue, tantôt vive et lancinante, en éclair, rappelant la douleur fulgurante du tabès, elle peut prendre le type paroxystique. Toutefois, en général, elle n'est pas suffisamment intense pour interrompre les occupations habituelles des malades. Il faut noter également que, malgré tout, dans la majorité des cas, la douleur siège soit au niveau de l'hypocondre droit, soit dans le petit bassin, cette dernière localisation coexistant habituellement, comme nos observations le démontrent, avec une pelvi-péritonite.

L'accentuation de la douleur provoquée par la palpation est également un signe de haute valeur, car, étendue à tout l'abdomen, elle indique un état de sensibilité générale auquel participe tout au moins le péritoine s'il n'en est pas uniquement la cause. La palpation qui doit toujours être faite avec les plus grands ménagements, d'une main douce, renseigne sur l'état des parties profondes. On a la sensation de l'augmentation de volume de l'organe autour duquel s'est développée la péritonite. Quand il s'agit d'une péritonite localisée, l'exsudat de la séreuse, ou simplement la congestion amplifie les dimensions de l'organe palpé. De même les doigts qui palpent perçoivent la sensation d'empâtement uniforme. La consistance de l'abdomen pourra augmenter ou diminuer suivant l'évolution de la péritonite. Il peut même arriver que l'on perçoive des frottements péritonéaux.

L'inspection ne donne aucun renseignement sur la maladie à cette période, du moins.

Signes fonctionnels

Ils sont constitués par des troubles dyspeptiques qui sont constants. L'anorexie est habituelle, les digestions sont pénibles. Il persiste après le repas une gêne stomacale avec sensation de barre, de pesanteur épigastrique. Les vomissements sont rares, mais ils peuvent exister et surviennent alors sans horaire fixe traduisant la sensibilité de la séreuse péritonéale. Enfin on note des diarrhées profuses survenant sans cause apparente, et dans les cas sévères elles peuvent être sanguinolentes ainsi que Lancereaux les a décrites dans un cas de péritonite syphilitique scléro-gommeuse.

Signes généraux

Ils sont nuls à cette période. L'état général est bon et ce sont les signes locaux ou fonctionnels qui guident les diagnostics vers une dyspepsie, un ulcus gastrique ou une appendicite, etc...

PÉRIODE D'ÉTAT

Elle est caractérisée par l'aggravation des symptômes locaux et généraux déjà étudiés précédemment. Les douleurs abdominales sont de plus en plus fréquentes, de plus en plus tenaces. Les troubles gastro-intestinaux deviennent plus intenses en même temps que l'état général s'altère rapidement. L'amaigrissement s'accroît et le malade se cachectise bientôt. A ce stade peut s'ins-

taller une fièvre, irrégulière, évoluant entre 38° et 38°5, avec des rémittences sans cause apparente. C'est la fièvre syphilitique décrite par MM. Chiray et Coury ; mais qui paraît due à l'infection syphilitique plutôt qu'à la réaction péritonéale.

On peut envisager deux formes principales : la forme ascitique simple et la forme ascitique avec tumeur. On les rencontre principalement dans la syphilis héréditaire et plus particulièrement chez les enfants.

Forme ascitique simple

L'ascite en est le symptôme dominant. Elle présente les signes habituels de tout épanchement intrapéritonéal sur lesquels nous n'insisterons pas. Son caractère essentiel est de se reproduire rapidement. Tant que dure cette bataille entre les spirochètes et la membrane péritonéale, dit M. Letulle, l'ascite se produit, et ponctionnée, se reproduit avec une régularité souvent déconcertante jusqu'à former son litre par 24 heures, ce qui prouve l'activité considérable du processus infectieux. Laisse à elle-même elle provoque des phénomènes de compression, d'asphyxie, comme dans le cas de Sézary-Renant, où il s'agit d'un Marocain qui, atteint de syphilis, présenta une ascite douloureuse avec anasarque. Le malade, essoufflé, ne pouvait rester dans le décubitus dorsal. Son pouls était petit, rapide et l'état général précaire. Le traitement amena d'ailleurs une amélioration, puis une guérison remarquablement rapide.

Le liquide ascitique est de nature variable. Générale-

ment sérieux, il est selon le mot de M. Letulle, une « hydropéritonite subaiguë, pauvre en fibrine » et ne peut se manifester sans qu'existent au préalable des lésions matérielles, inflammatoires de la séreuse péritonéale si légères, si circonscrites, si éteintes (en apparence du moins) que soient ces altérations, elles préexistent de toute nécessité. Rebattu et Faugeas ont signalé une ascite latescente. Vautrin a trouvé une ascite chyloforme, mais dans le cas qu'il cite il y avait coexistence d'une lésion nette du pancréas. C'est également une ascite chyloforme que Battys a décrit dans un cas de péritonite syphilitique, avec une albuminurie intense. Enfin le liquide peut être hémorragique. Cette variété se rencontre surtout dans les formes de péritonite syphilitique avec tumeur, celle-ci ayant généralement l'aspect sarcomateux.

Forme ascitique avec tumeur

Cette forme peut se rencontrer soit avec une tumeur unique, soit avec tumeurs multiples, végétantes et s'accompagnant d'une ascite hémorragique qui fait penser au sarcome ou au cancer du péritoine.

Waldes cite le cas d'une fillette de 8 ans qui présentait une ascite qui fut prise pour une péritonite tuberculeuse. Elle n'avait pas de température. Le traitement étant inefficace on fit une intradermo-réaction avec la tuberculine dont le résultat fut négatif. Alors on décida de faire une laparotomie. Dès l'ouverture du péritoine on trouva une grosse tumeur dépendant du mésentère, ce

qui fit porter le diagnostic de sarcome du mésentère avec péritonite sarcomateuse. L'ascite se reproduisant rapidement, la réaction de B. W. fut recherchée en désespoir de cause ; résultat positif. Le traitement institué au cyanurol amena la disparition rapide de l'ascite et de la tumeur.

Cet exemple nous montre la difficulté du diagnostic. Même après l'ouverture du ventre, on pense à du sarcome. Seuls le B. W. et le résultat du traitement confirment la notion de la spécificité de la maladie.

ÉVOLUTION

La péritonite syphilitique aiguë évolue relativement rapidement. Comme nous l'avons déjà dit, le liquide ponctionné se renouvelle avec une très grande facilité et le malade se cachectise bien vite. Heureusement, dans ces formes, le traitement spécifique donne généralement d'excellents résultats en amenant la disparition de l'ascite et l'amélioration de l'état général.

A côté de cette forme aiguë à évolution rapide il en existe une autre qui n'est en somme qu'une péritonite sèche ou faiblement ascitogène, évoluant très lentement. En dehors de l'ascite on relève les mêmes troubles abdominaux que dans la période de début de la péritonite aiguë, troubles aussi vagues, aussi peu caractéristiques simulant une cholécystite, une appendicite, une entérite ou une salpingite comme c'est le cas dans nos deux observations.

MM. Chiray et Janet ont relaté un cas fort intéressant

de pleuro-péritonite subaiguë de la syphilis tertiaire avec température oscillant autour de 38°. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse avait été posé, quand, au bout de deux mois, survinrent des périostites qui démontrèrent la nature syphilitique de l'infection. Le traitement par le novarsénobenzol amena la disparition des phénomènes pleuraux et péritonéaux ainsi qu'une amélioration rapide de l'état général.

Péritonite chronique syphilitique

Il n'existe à cette phase de la maladie aucun symptôme de péritonite et ce sont des troubles viscéraux variables à prédominance hépatique appendiculaire, intestinale, etc..., qui constituent toute la symptomatologie, sans autres signes objectifs que la douleur à la palpation. Ces troubles sont conditionnés par l'existence et le développement de néo-membranes qui tantôt ténues et délicates, tantôt épaisses et scléreuses, se localisent autour d'un organe dans telle ou telle région, ou bien même envahissent toute la cavité abdominale, agglutinant les organes en un véritable bloc que l'on ne peut dissocier.

Cette conception de la nature inflammatoire et primitive de nombreuses adhérences péritonéales semble devoir être étendue, d'après Savy, à certaines de ces néoformations attribuées à la malformation, telle que la membrane de Jackson, ou à une action mécanique de traction, comme les brides de Lane. « Aussi bien est-il logique et conforme aux lois de la pathologie générale, de con-

sidérer la péritonite plastique primitive comme l'homologue de certaines symphyses péricardiques partielles et latentes, et surtout de la pleurite adhésive d'emblée dont la fréquence ne saurait être niée ». Nous avons déjà cité la belle observation de pleuro-péritonite syphilitique de MM. Chiray et Janet qui confirme complètement cette notion pathogénique.

Au point de vue anatomo-pathologique on peut différencier nettement deux formes de péritonite syphilitique chronique ; la forme fibreuse et la forme scléro-gommeuse. La première se traduit par un envasissement de tout ou partie de la cavité abdominale par des fausses membranes qui, recouvrant les organes, tapissant les cavités, formant elles-mêmes des logettes, protègent les parties avoisinantes d'une lésion syphilitique. Les lésions, circonscrites, s'étendent rarement à tout le péritoine et restent localisées autour d'un organe et le plus fréquemment au niveau du carrefour sous-hépatique. La seconde a pour substratum anatomique des nodosités blanchâtres, dures ou ulcérées, s'accolant parfois et formant par leur réunion de véritables plaques revêtant les organes. Cette forme est plus diffuse et s'essaime un peu partout dans la cavité abdominale. Il s'agit en somme d'une évolution locale des gommes primitivement développées sur le péritoine.

Au point de vue clinique, ces deux formes sont impossibles à distinguer l'une de l'autre et leur histoire se confond généralement avec celle du viscère autour duquel se développe la péritonite. D'où l'étude de la péritonite chronique revient à faire celle des périviscérites.

PÉRIODE DE DÉBUT

Dans la forme chronique néo-membraneuse le début est lent, insidieux quant aux phénomènes locaux, mais il s'accompagne de phénomènes généraux : malaises, courbatures, lassitude générale, amaigrissement. Le teint devient plus ou moins subictérique. Peu ou pas de troubles digestifs, les seuls qui peuvent indiquer que la péritonite est en évolution, ce sont des alternatives de diarrhée et de constipation, l'apparition d'un léger épanchement péritonéal. En général la fièvre est absente. La maladie évolue lentement, sans bruit. Peu à peu les symptômes se précisent, suivant que les membranes se développent plus particulièrement dans une région et alors s'installent des troubles à prédominance hépatique, gastrique, colique, etc..., qui font penser à une lésion de l'organe alors qu'il ne s'agit que d'une périviscérite.

D'autre part, il arrive que des péritonites partielles restent latentes et se révèlent d'emblée par des accidents aigus d'une extrême gravité. On voit ainsi éclater un étranglement interne par bride péritonitique, dont l'épiploon est fréquemment le siège. De même, d'après Laveran, les adhérences phréno-diaphragmatiques joueraient un rôle important dans la rupture de la rate palpable.

Il convient de signaler que Terrillon et Jalaguier ont décrit une péritonite latente. Cliniquement primitive ou secondaire à une affection grave, elle peut être méconnue jusqu'à la mort grâce à l'indolence, à l'absence de vomissements, à l'apyrexie. En réalité, en y regardant

de près, il y a une altération de l'état général avec une langue sèche, altération des traits, sensation de gêne abdominale, diarrhée ou constipation, le pouls est fréquent, l'abdomen légèrement ballonné, il y a bien un état nauséux et un vomissement peut n'être pas signalé. A l'examen on trouve seulement soit une région sensible, soit une certaine matité dans les flancs, l'hypogastre ou les fosses iliaques. Cette description rentre parfaitement dans le cadre clinique de la péritonite chronique syphilitique et c'est pourquoi nous croyons devoir en faire mention.

PÉRIODE D'ÉTAT

A cette période les néomembranes étant très développées, la symptomatologie est toute de nature essentiellement viscérale. L'organe enserré dans un lacis d'adhérences, étouffé par la sclérose, présente des troubles fonctionnels qui attirent sur lui l'attention du médecin. Ce fait prime toute la séméiologie des périviscérites, que lors de leur développement, la maladie causale et principale s'efface de plus en plus. Elle en arrive à occuper en clinique un rôle secondaire, et l'attention n'est pas attirée vers elle ; aussi les erreurs du diagnostic sont-elles fréquentes. Un second fait important en clinique, c'est que souvent la multiplicité des organes intéressés par le processus syphilitique fait naître une richesse excessive de symptômes dont il devient difficile d'établir l'enchaînement, si l'on n'a pas présent à l'esprit l'idée qu'on se trouve en présence d'une affection pouvant atteindre dans le même temps plusieurs organes différents.

Périhépatite et Péricholécystite

Les lésions péritonéales sont localisées dans le voisinage du foie, quelquefois même limitées à la capsule et dans ce cas on observe souvent l'extension des adhérences au diaphragme, d'où périhépatite et péripnérite associées. Le plus souvent toutefois les adhérences épaisses et résistances enchâssent complètement l'organe et l'unissent solidement aux parties qui l'entourent. Ces néoformations se condensent autour des ligaments suspenseurs et siègent également sur la face concave et les bords soudant étroitement ces parties à l'intestin, à la rate, au rein, à l'estomac. La vésicule biliaire ratatinée et sclérosée fait corps avec le bloc des néomembranes au point que sa dissection en est parfois impossible.

Ces malades se présentent sous l'aspect de pseudolithiasiques biliaires et offrent les caractères suivants : Absence de péritonite aiguë antérieure, manifestations cliniques simulant les coliques hépatiques avec leur douleur sourde dans l'hypocondre droit et leurs crises paroxystiques, accompagnées parfois de fièvre, d'état nauséux, de subictère. La palpation permet de préciser la localisation maxima de la douleur correspondant au siège de la vésicule, à l'union du rebord costal et du bord externe du grand droit de l'abdomen.

L'intervention fait constater l'intégrité des voies biliaires de l'estomac et de l'appendice. Par contre on trouve des adhérences nombreuses dans le carrefour sous-hépatique.

Dans le cas où les adhérences s'étendent au diaphragme il faut noter l'existence de la toux, une toux sèche et saccadée, et du hoquet. Ces phénomènes sont provoqués par la mobilité de la masse intestinale qui tiraille les adhérences.

Les symptômes douloureux s'expliquent aisément, d'après Savy, par l'existence du processus péritonéal inflammatoire, mais l'apparition de l'ictère est plus difficile à interpréter. Il s'agit plutôt d'un subictère léger et passager. La gêne apportée à l'évacuation biliaire par les adhérences sous-hépatiques pourrait être invoquée. En réalité, il paraît s'agir plutôt d'un trouble survenu dans le fonctionnement de la glande hépatique au voisinage de l'inflammation du péritoine, et, peut-être, sous l'influence même de la cause infectieuse.

C'est un caractère habituel de la péricholécystite plastique de se développer d'une manière insidieuse et de procéder par crises subaiguës qui prennent le masque de la colique hépatique, mais elle s'en distingue par la persistance des phénomènes douloureux dans l'intervalle des crises, la répétition fréquente de celles-ci et leur caractère moins nettement spasmodique. Au fur et à mesure que ces crises se répètent, le processus de péritonite plastique sous-hépatique dépasse la région vésiculaire et, d'après Tripier et Paviot, se dissimule parfois sous le masque de crises gastralgiques, de crises appendiculaires. A la longue la péricholécystite constitue des brides qui peuvent entraîner des troubles mécaniques de la région pylorique,

Périgastrite

Elle est caractérisée par des adhérences avec les organes voisins : foie, côlon, rate. Elle peut également revêtir la forme de pseudo-néoplasme en formant autour d'une partie de l'estomac une coque d'adhérences très épaisse. Ce qui domine dans la symptomatologie de la périgastrite adhésive ce sont les phénomènes douloureux spontanés ou provoqués. Ils apparaissent sans antécédent péritonéal, au niveau du creux épigastrique, avec des irradiations dorsales. Leur horaire est post-prandial, plus ou moins tardif, accompagné de vomissements et même d'hématémèses. C'est une douleur d'intensité variable, allant de la pesanteur continue à des sensations de torsion ou de broiement, atteignant parfois une acuité intolérable au point de rendre la vie insupportable. C'est ainsi que se présente notre malade de l'observation I, avec une gêne continue de la région stomacale, pesant, digestions pénibles. Notre malade de l'observation II, au contraire, a présenté des crises aiguës, violentes, avec irradiation lombaire, ce qui peut impliquer une périgastrite postérieure.

Ce qui distingue cette douleur des douleurs de l'ulcus dont elle offre souvent le tableau clinique, c'est que les aliments peuvent être sans action sur elle ; le plus souvent elle est indépendante des aliments ingérés, et elle s'accroît jusqu'à devenir intolérable après les repas. Ceci s'explique par les tiraillements qu'exercent les contractions péristaltiques sur les adhérences qui tendent à immobiliser l'estomac.

La douleur provoquée est tantôt diffusé et violente, tantôt elle est localisée.

Les vomissements sont inconstants, irréguliers et d'abondance variable, ils marquent la fin des crises douloureuses et surviennent plus ou moins longtemps après les repas. Ils sont muqueux ou alimentaires.

La palpation, en cas de périgastrite antérieure peut faire sentir soit une tumeur, en cas d'adhérences localisées en une région de l'estomac, soit au contraire une sorte d'empâtement diffus si les adhérences sont nombreuses, étalées, et réunissant le côlon à l'estomac.

La radioscopie, après insufflation de l'estomac confirmera la présence de brides et d'adhérences immobilisant plus ou moins complètement l'estomac.

A titre documentaire, nous nous permettons de citer l'observation suivante de Savy, qui relate un cas typique de péritonite plastique simulant un ulcère de l'estomac. Sans antécédent péritonéal apparaît un syndrome douloureux à siège épigastrique, à irradiations dorsales à l'heure post-prandial et tardif accompagné de vomissements et même d'hématémèses. On ne trouve pas d'ulcère, mais un processus d'inflammation chronique du péritoine.

Malade souffrant depuis 1914. Au début et pendant longtemps il ne s'est agi que de douleurs peu intenses survenant par crises et très espacées. Mais à la fin de 1917, les crises deviennent plus violentes et plus fréquentes. Les douleurs augmentent encore d'intensité au cours de 1921, et depuis un mois, tous les repas sont suivis de vives souffrances. Certains jours la malade éprouve une sensation douloureuse dès le

réveil et pendant toute la journée. Mais c'est surtout 3 ou 4 heures après les repas dans l'après-midi et au cours de la nuit que les paroxysmes douloureux atteignent leur maximum. La douleur siège dans la région sus-ombilicale au creux épigastrique, avec irradiation dans le dos et dans les épaules, surtout à gauche. La souffrance est telle qu'elle oblige la malade à se courber en deux et qu'elle la réveille la nuit.

Cette douleur dure un temps variable, une heure généralement. Elle est parfois terminée par un vomissement alimentaire et aqueux. En outre la malade dit avoir constaté une certaine quantité de sang noirâtre dans ses vomissements, à 4 reprises différentes ? Elle n'a pas présenté à la suite de diarrhée noire. Pas d'ictère, pas de fièvre, pas de constipation, anorexie, amaigrissement de 18 kgr. depuis le début de la maladie.

L'examen objectif ne révèle rien d'anormal du côté du système nerveux ou des viscères différents. L'abdomen est souple, un peu douloureux à la pression épigastrique à gauche de la ligne médiane et également à gauche de la colonne dorsale. Aucun signe de sténose du pylore. La radioscopie montre un estomac d'apparence normal, s'évacuant dans les délais habituels. On pense à un ulcère chronique de la petite courbure et l'accentuation des douleurs constitue une indication opératoire.

L'intervention est pratiquée le 10 novembre 1921 (Pr Tixier). Laparo-med-sus-ombilicale. L'estomac apparaît allongé, mais sans dilatation ni distension. L'exploration méthodique ne révèle rien au niveau du cardia, rien au niveau des courbures, rien au niveau du pylore. La 1^{re} portion du duodénum, légèrement dilatée ; vésicule distendue englobée dans un lacis d'adhérences bien organisées, unissant le fond de l'organe au duodénum et à l'angle droit du côlon. On les sectionne et on pratique une gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture. Lorsqu'on ouvre le méso-côlon, on constate des adhérences entre celui-ci et la face postérieure de l'estomac. Ce

sont des lésions de périgastrite ; on admet l'existence d'une péritonite plastique primitive ; d'origine indéterminée mais vraisemblablement tuberculeuse.

Péricolite

En dehors des altérations comme celles de l'appendicite que l'on rencontre dans la fosse iliaque droite, il en est d'autres qui seules ou associées à une cholécystite, ou une appendicite peuvent être la cause de douleurs et de troubles persistants. Ce sont, en particulier, l'épiploïde chronique, la coudure iléale et la péricolite. Celle-ci est constituée par une membrane velamenteuse sillonnée de petits vaisseaux et constituée, dans leur intervalle, par des bandes fibreuses très fines entourant le gros intestin du bord supérieur du cœcum à l'angle colique et se perdant dans le péritoine pariétal en fixant le côlon. C'est ainsi que se constitue la péricolite de l'angle hépatique dont les deux branches s'accolent en canon de fusil. Dans quelques cas on trouve une large nappe d'adhérences, qui partant du foie et de la vésicule biliaire voilent la région du pylore et de l'angle colique droit et se prolongent plus ou moins sur le côlon ascendant et la partie droite du côlon transverse.

On a invoqué pour expliquer cette périviscérite colitique l'argument de la malformation héréditaire. Quelques auteurs, avec Hofmeister, ont fait remarquer que l'on trouve toujours associée, une adénite de ganglions rétro-cœcaux, iléo-cœcaux et mésentériques. M. Letulle a démontré la nature syphilitique de certaines péricoli-

tes et M. Leveuf (1) a constaté que les ligaments hépatocoliques, cystico-duodéno-coliques étaient souvent modifiés par la présence de tractus cicatriciel, d'origine inflammatoire.

SYMPTOMES. — Ils ne sont pas bien caractéristiques et se confondent avec ceux de l'appendicite chronique ou de l'entérite muco-membraneuse. Parfois, cependant, de petits signes nets de petite occlusion peuvent faire penser à un obstacle mécanique telle que l'existence d'adhérences péricoliques.

Les troubles présentés par ces malades sont d'ailleurs assez variables et nous pouvons, avec Delore et Alamar-tine, les ranger en trois groupes : symptômes gastro-intestinaux, signes d'intoxication générale, signes de stase cœco-colique.

Les premiers sont ces signes si divers et si pénibles dont souffrent également les appendiculaires et les entéritiques : anorexie, douleurs survenant plus ou moins tôt après les repas, flatulences, éructations, état nauséux presque continu, parfois des vomissements, et, du côté de l'intestin, irrégularité des évacuations avec constipation habituelle, et l'émission plus ou moins fréquentes et abondantes de muco-membranes. Comme nous l'avons déjà dit Lancereaux a signalé dans certains cas de péricolite syphilitique particulièrement sévères, des évacuations alvi-sanguinolentes. Enfin les douleurs continues ou intermittentes dans le côté droit du ventre sont habituelles.

(1) LEVEUF. — *Thèse Paris*, 1917.

Les signes d'intoxication générale sont d'ordinaire très nets et quelquefois prédominant dans l'ensemble clinique. Ils trouvent leur origine dans la constipation cœcale qui détermine une forte résorption de toxines et de ptomaïnes. C'est, pourrions-nous dire, un phénomène de surdigestion. La conséquence en est un amaigrissement rapide et considérable. Les malades sans force et sans énergie tombent dans un état de dépression des plus pénibles. Un état neurasthénique vient s'ajouter à l'affaiblissement physique. Le teint est pâle, subictérique, un teint d'infecté.

Signes de stase cœco-colique. Ils consistent en des crises douloureuses intermittentes siégeant principalement dans l'hypogastre et la fosse iliaque droits. Le cœcum est très distendu et donne à la radiographie l'apparence classique du cœcum en boudin, qu'on délimite d'ailleurs très bien par la palpation. La constipation est absolue avec de temps en temps une débâcle diarrhéique ou pseudo-diarrhéique et expulsion de membranes. La palpation révèle du clapotement et du gargouillement dans la fosse iliaque droite et une douleur diffuse avec deux points de sensibilité maxima : l'un sous le rebord costal, au niveau de l'angle hépatique, l'autre au niveau du point de Mac-Burney. La radioscopie peut apporter des renseignements en montrant le séjour anormalement prolongé de la bouillie bismuthée dans un segment d'intestin en amont de la stricture.

M. Letulle a rapporté à la syphilis des syndromes abdominaux douloureux avec constipation que les constipations opératoires ou nécropsiques ont montré être

provoqués par des épaissements circulaires disposés en des points multiples du côlon et de l'anse sigmoïde. Il a observé chez un malade présentant une aortite spécifique, la fixité pupillaire bilatérale, un Wassermann positif et dans les antécédents duquel aucune autre affection ne pouvait être relevée en dehors de la syphilis, il a observé, disons-nous, des rétrécissements multiples du gros intestin uniquement dus à l'épaississement de la séreuse. Ce malade avait présenté un météorisme abdominal avec ascite légère et un péristaltisme très net. Le péritoine pariétal était également, sur de larges étendues, épaissi, blanchâtre et nacré.

Nous ne saurions mieux faire pour terminer cet aperçu sur la péricolite syphilitique que de l'illustrer par l'observation suivante due à M. Chiray.

Il s'agit d'un malade atteint d'une néphrite syphilitique et qui présentait des signes de stase stercorale ; constipation opiniâtre, douleurs, amaigrissements. L'image radioscopique montrait des côlons énormes, en tuyaux d'orgue. Une énorme rétention gazeuse repoussait l'estomac contre le foie. Elle était particulièrement considérable dans l'intestin grêle ; le ballonnement était modéré.

L'opération montra de multiples adhérences péritonéales. Le côlon transverse était adhérent au cæco-côlon ascendant par de larges néo-membranes serrées et difficiles à enlever. Sur le méso-côlon, au-dessus de la zone adhérente on remarqua une cicatrice fibreuse, blanche, étoilée, indurée : reste de gomme probablement. On retrouva d'ailleurs 2 ou 3 autres cicatrices semblables

dans les méso-côlons. De nombreuses adhérences étaient fixées le long des anses intestinales. Enfin on en trouva d'énormes autour du cul-de-sac inférieur de la vésicule biliaire qui plongeait dans l'épiploon et adhérait de tous côtés à celui-ci comme s'il y avait eu antérieurement une grosse distension vésiculaire et des crises répétées d'irritation. En somme, péricolite diffuse plus marquée en certains point avec processus diffus d'adhérences de tout le péritoine chez un syphilitique avéré, atteint de néphrite syphilitique et qui mourut le 4^e jour d'urémie.

Pelvipéritonite

La localisation du processus syphilitique sur le péritoine du petit bassin est assez fréquente. Personnellement nous l'avons remarquée au cours de nombreuses laparotomies, où on ne pouvait invoquer ni une réaction d'origine appendiculaire ou annexielle, ni une origine bacillaire. Les lésions sont caractérisées d'une part par la formation de néo-membranes tapissant les organes du petit bassin, et d'autre part par la transformation des tissus des ligaments larges et du paramètre, qui sont infiltrés de tissu conjonctif et présentent cette particularité d'être extrêmement friables. Ils se déchirent avec une grande facilité, se coupent sous la pression du fil ou du catgut, ce qui peut être une sérieuse difficulté pour assurer l'hémostase au cours d'une hystérectomie. C'est le cas dans les deux observations que nous citons plus loin. Il faut ajouter que l'utérus présente générale-

ment une augmentation de volume et que le tissu fibreux y est abondant.

La douleur est le phénomène le plus constant. Siégeant dans l'un ou l'autre côté du bas-ventre, elle irradie aux lombes, aux cuisses. Tantôt fixe et profonde, comme dans le cas de Mme R..., tantôt lancinante et aiguë et paroxystique dans le cas de Mme C..., elle est continue ou intermittente, exaspérée par les mouvements et les règles. Les troubles menstruels sont habituels : dans nos deux observations ils sont constitués par des métrorragies abondantes qui affaiblissent considérablement les malades. Les troubles digestifs sont de règle également et constitués par de l'anorexie, des digestions pénibles, de la constipation avec des débâcles diarrhéiques. En général l'apyrexie est constante.

La palpation est douloureuse et fait parfois percevoir une rénitence hypo-gastrique. Le toucher vaginal fait reconnaître un utérus tantôt mobile, tantôt au contraire fixé par un paramètre dur, de consistance parfois ligneuse, indiquant un travail de sclérose très avancé. Les culs-de-sac ne bombent pas, mais ils ont perdu toute leur souplesse.

Il est évident que le diagnostic de pelvipéritonite syphilitique est d'une extrême difficulté. L'examen seul ne peut suffire pour le poser. Il faut y ajouter les commémoratifs, la réaction de Bordet-Wassermann, et encore dans la plupart des cas il ne sera définitif qu'après la laparotomie.

TRAITEMENT

Nous n'étudierons pas en détail le traitement de la péritonite syphilitique qui n'est pas du cadre de cette étude. Nous allons simplement indiquer les lignes générales de la thérapeutique à suivre.

Avant tout, le traitement doit être médical. Nous possédons actuellement des agents thérapeutiques spécifiques énergiques qui peuvent nous donner des résultats très satisfaisants. Dans nos deux observations un traitement suivi a été mixte : novarsénobenzol, arqueritol et élixir Deret, avec un plein succès. Nous avons noté que dans le cas de Waldes le cyanurol a eu le même résultat. Quatre cas de Courtoit-Suffit et Giroux ont été traités par le cyanure de mercure et l'iodure de potassium, guérison. M. Letulle préconise le biiodure de mercure en injections intraveineuses qui seraient très bien supportées et exemptes de danger, associé avec l'iodure de potassium à doses fortes et progressives. Nous n'avons pas relevé de traitement par le bismuth, mais il n'y a aucun doute pour qu'on n'obtienne pas les mêmes résultats.

Cependant le traitement médical réserve également beaucoup de déception. Tous les auteurs sont d'accord, en effet, pour constater que, si dans les péritonites syphilitiques ascitogènes les résultats sont généralement brillants, il n'en est pas de même quand il s'agit d'une péritonite fibro-adhésive. Dans ces cas les résultats sont médiocres et souvent nuls. Si le traitement peut enrayer le développement de l'affection il ne fait pas regresser les lésions. Cependant il convient de continuer énergiquement et pendant des années le traitement spécifique ; c'est la seule chance d'obtenir quelques demi-succès. La diathermie a été employée concurremment avec le traitement spécifique et quelques bons résultats ont été signalés.

Malgré l'amélioration réelle qui peut-être obtenue dans le cas de péritonite adhésive par le traitement médical, les troubles et les douleurs persistent souvent longtemps parfois même indéfiniment. Alors la question du traitement chirurgical s'impose. Il ne saurait être question de pratiquer l'exérèse de tel ou tel organe dont les troubles ont attiré l'attention, car ils ne sont que les témoins de l'inflammation et non la cause. Il s'agira de libérer les adhérences, origine des douleurs abdominales. Mais la rechute est inévitable. Toutefois en divisant soigneusement les adhérences ou les brides dans le sens transversal, ou les suturant dans le sens longitudinal avec des morceaux de péritoine sain ou d'épiploon, on peut espérer un résultat plus durable.

Takashi Kubota (1) rechercha expérimentalement le

(1) *The Japan Medical World*, 1922, p. 226.

moyen de prévenir ces adhérences péritonéales sur les viscères abdominaux soumis chez le chien ou le lapin, à une vive irritation. Une solution de papaïne au cent millième ou même au deux cent millième appliquée à la surface à protéger empêche toute formation d'adhérences. L'emploi de la papaïne ne nuit pas aux sutures. Mais ce procédé expérimental manque encore de vérification clinique.

Donc traitement antisyphilitique méthodique et surtout prolongé. Il faut savoir attendre des mois la première amélioration. En cas de douleurs tenaces ou de subocclusion intestinale l'intervention chirurgicale a ses indications.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Madame R....., âgée de 44 ans.

Dans ses antécédents héréditaires on relève un anévrisme de l'aorte dont mourut sa grand mère paternelle. Une tumeur maligne de la région cervicale emporta son grand-père paternel.

Du côté des grands-parents maternels, santé florissante, mort à un âge avancé. Rien à signaler du côté des parents. La malade a une sœur qui a été opérée dans son enfance d'une tumeur nasale et qui est traitée actuellement au bismuth.

Son enfance fut délicate et chétive. Régée à 12 ans. A l'âge de 17 ans, on note une crise d'anémie. A ce moment la malade présentait de la scoliose. Elle était sujette à des céphalées tenaces.

Mariage à 24 ans. Aussitôt après, première grossesse, qui évolue jusqu'au 6^e mois, où réapparaissent des céphalées très pénibles. Une fille vient à terme, mais très chétive. Elle a été soignée depuis comme lymphatique et a eu des troubles oculaires. Un an après, deuxième grossesse. Encore une fille qui a toujours souffert d'entérite et a été soignée pour l'hypertrophie des cornets.

Lors du deuxième accouchement, hémorragie considérable suivie de pertes blanches abondantes. A chaque accouchement, l'état de faiblesse de la mère a fait interdire l'allaitement.

Pendant 20 ans, Madame R.... a toujours été une malade avec troubles digestifs continuels, caractérisés par des pesanteurs au niveau du creux épigastrique, par des alternatives de diarrhée et de constipation, colite. Se greffant sur le tout, un état névropathique avec crises aiguës, dépression et idées de suicide. Les céphalées ont toujours dominé la scène.

Vue par le docteur Burty en avril 1922 parce que depuis plusieurs mois elle était incommodée par des métrorragies abondantes continues. Au toucher, il constata la présence d'un polype utérin. L'utérus était gros, immobilisé dans une gangue de périmétrite étendue.

Après un repos de 20 jours à l'hôpital Gouïn, la malade fut opéré le 22 mai. Le docteur Burty pratiqua la laparotomie. Dès l'ouverture du péritoine, la malade étant en position renversée à 45°, on constata la présence d'une bride épaisse étalée, et très infiltrée, qui réunissait le bas fond cœcal au pôle supérieur de l'utérus au niveau de l'implantation de la trompe droite. Après libération, par un clivage difficile, du pôle utérin et du cœcum, on voulut enfouir, par un surjet, la surface ulcérée du cœcum. Cette opération dut être abandonnée étant donnée l'extrême friabilité des tissus infiltrés qui se coupaient sous la moindre pression du catgut. L'examen de la cavité abdominale nous montra l'existence de nombreuses productions plastiques de formes vélamenteuses, minces, et ténues, reliant de-ci, de-là des anses intestinales. Un léger voile membraneux reliant l'utérus, la vessie, en avant, et le côlon sigmoïde et le rectum en arrière, masquait le cul-de-sac de Douglas. Ces adhérences furent rompues, puis après appendicectomie, l'hystérectomie totale fut pratiquée, au cours de laquelle on remarque l'infiltration des ligaments larges. L'utérus était gros et à la coupe, on remarquait l'abondance du tissu scléreux qui criait sous le bistouri. Drainage et paroi en trois plans.

Les suites opératoires furent normales et la malade sortit dans un état excellent le vingtième jour après l'opération.

Etant donné le doute émis, au cours de l'intervention chirurgicale, sur la nature de la péritonite plastique constatée, le docteur Burty conseilla à la malade de se faire revoir tous les mois.

En effet, en juillet 1922, des céphalées reparaissent et la malade se plaint de douleurs de la région cervicale. On constate alors une adénopathie cervicale et inguinale très nette. Pas de troubles des réflexes, pas d'Argyll-Robertson. Ses cheveux sont depuis longtemps remplacés par une perruque et ses dents par des appareils dentaires.

Les surfaces plantaires et les talons sont le siège de crevasses caractéristiques.

Après une réactivation à l'arquéritol, une réaction de B. W. est faite, qui est trouvée positive. En conséquence un traitement spécifique intense est institué. L'arséno-benzol étant mal toléré, on a recours à des séries alternées de bismuth, de mercure et d'arquéritol. A l'heure actuelle, cette malade est encore suivie médicalement. Les céphalées ont considérablement diminué de fréquence et d'intensité. Quant aux troubles gastro-intestinaux, ils ne sont plus qu'à l'état de souvenir.

En dehors des troubles subjectifs éprouvés par la malade, il semble donc qu'on peut affirmer la nature syphilitique de la péritonite plastique constatée au cours de l'intervention. Et de même, on doit vraisemblablement admettre comme de même nature la sclérose de l'utérus et des ligaments larges.

Obs. II. — Mme C..., 49 ans.

Est entrée à l'hôpital pour métrorrhagies abondantes fin juin 1924.

Dans ses antécédents héréditaires on note que sa mère est morte à l'âge de 63 ans par suite d'un phlegmon gangréneux

du pied droit, qu'on peut rapprocher d'un diabète gras dont elle était atteinte. Elle a un frère qui a 46 ans qui a présenté des crises de nerfs dans sa jeunesse et qui a un tempérament très irritable. Une sœur a eu des convulsions jusqu'à l'âge de 41 ans. Tous se portent bien à l'heure actuelle.

La malade elle-même a présenté des crises de nerfs de 10 à 17 ans. Elle sentait, dit-elle, la crise venir, son nez se pincer, sa figure se contracter, et elle devenait froide comme un marbre. Quand elle sentait ces symptômes dans la rue, elle courait pour rentrer, car dès que la crise se déclenchait elle tombait raide par terre. Ces crises étaient intermittentes et à intervalles inégaux : tantôt quotidiennes, tantôt avec des intervalles de un mois. La malade prétend avoir eu la première crise à la suite d'une peur, et être restée cette fois 5 heures sans connaissance.

Réglée à 14 ans, a toujours eu ses règles normales jusqu'à ses 10 dernières années où elles ont augmenté d'abondance et de durée ; 15 jours par mois environ.

Mariée à 18 ans, elle a un fils l'année suivante, puis 3 ou 4 ans après, fait une fausse-couche de 6 semaines. Ensuite, elle a un second fils suivi un an après d'une nouvelle fausse-couche de 3 mois.

Dans les 5 ans qui suivent, elle met au monde une fille et un autre fils et enfin 20 ans après, c'est-à-dire à 47 ans, elle fait un avortement. Ces avortements sont dits spontanés. Les enfants sont bien portants.

A la suite du dernier enfant. Il y a 22 ans, la malade ressent des douleurs dans les genoux, douleurs exacerbées par la marche. En même temps ses articulations sont le siège d'un gonflement assez considérable. De plus, à cette époque, fait son apparition un psoriasis tenace qui malgré un régime et un traitement à St-Louis persiste encore. Le psoriasis siègeait au niveau des articulations des membres et sur la poitrine,

Au même moment des douleurs abdominales font leur apparition. Elles deviennent à ce point si intenses qu'on effectue d'urgence son transfert à l'hôpital Beaujon. Là, mise au repos et à la glace sur le ventre, les douleurs s'apaisent et finissent par disparaître. Elle sort de l'hôpital sans qu'on ait jugé utile une laparotomie. Depuis ce temps la malade souffre toujours du ventre et des reins : douleurs d'intensité variable, sans horaire fixe, sans causes déterminantes apparentes. Pas de vomissements, anorexie, digestions pénibles, diarrhées fréquentes.

Il y a 10 ans — au début de la guerre, — commencent les troubles des règles, donc à 39 ans, caractérisés par des métrorrhagies durant 10, 13 et 20 jours. La malade s'affaiblit progressivement. A son entrée à l'hôpital Gouin, elle a perdu une dizaine de kilos ; elle est très anémiée, le visage exsangue.

L'examen du tégument révèle l'existence de plaques de psoriasis situées à la face postérieure des deux coudes. On remarque de même une cicatrice cheloïdienne, située sur la face antérieure de la partie moyenne du sternum. Elle serait la résultante d'un pincement de la peau pour enlever un comédon, il y a 13 ou 14 ans.

Les réflexes rotulien et achilléen sont exagérés. L'examen du squelette fait penser au rachitisme. La malade est courte, encore assez grosse, le bassin évasé, la parenthèse des membres inférieurs est très marquée. Le nez petit, épais, légèrement retroussé. La bouche est dans état lamentable par suite d'une carie dentaire qui a fait disparaître presque toutes les dents.

L'examen des divers appareils ne décèle rien d'anormal sauf du côté des oreilles où on note des bourdonnements. La malade se plaint également de vertiges fugaces. Pas d'Argyll-Robertson.

Le toucher vaginal fait sentir un utérus gros, de consis-

tance assez molle, mobile, pas douloureux, saignant abondamment.

Le 5 juillet. Laparotomie (Dr Burty).

Dès l'ouverture du péritoine on constate qu'une partie de la masse intestinale est reliée par des adhérences vélamenteuses à la paroi abdominale antérieure. Ces adhérences rompues, on voit que l'épiploon est lui-même le siège d'une inflammation chronique et quelques franges épiploïques sont soudées les unes au cœcum et les autres encore à la paroi abdominale. Les organes génitaux sont également dissimulés sous un voile d'adhérences ténues comme une vessie de porc fraîche et insufflée. Dans le fond du Douglas il y a un peu de liquide de réaction.

Ces pseudo-membranes rompues assez facilement, on découvre l'utérus sur la corne utérine droite duquel, au niveau du point d'implantation de la trompe, on trouve une ulcération ronde à fond sanieux, à bords taillés à pic. L'utérus est gros et infiltré, de même que les ligaments larges. L'hystérectomie totale est pratiquée.

Les suites sont normales, la malade sort guérie le 25 jour. L'analyse histologique de l'utérus a donné les résultats suivants : Au niveau de l'abouchement de la trompe dans l'utérus on constate une lésion inflammatoire sous forme de nodules. Ces nodules montrent parfois un centre nécrotique d'aspect caséeux autour duquel on note une réaction cellulaire à type épithélioïde giganto-cellulaire. Il y a lieu d'ajouter cependant que ces lésions bacillaires de l'abouchement de la trompe sont soumises à un remaniement infectieux secondaire et montrent une assez forte proportion de polynucléaires et de plasmocytes.

L'ulcération de l'utérus, les phénomènes de péritonite plastique ayant éveillé l'idée d'une syphilis possible, un traitement antisyphilitique a été institué : l'Arquéritol en plusieurs séries, avec entre les séries, l'élixir Deret.

La malade revue il y a quelque temps se déclare satis-

faite de son opération et de son traitement. Les troubles digestifs ont complètement disparu : l'appétit est revenu, les digestions sont bonnes. La malade a repris 8 kilogr. Les vertiges et les bourdonnements n'ont pas reparu. Elle a repris son travail de ménagère qu'elle avait abandonné depuis 5 mois.

CONCLUSIONS

1° L'étude que nous venons de faire de la péritonite syphilitique est, comme nous l'avons déjà fait remarquer, incomplète, en ce sens qu'il manque la confirmation bactériologique de l'affection. Toutefois, nous basant, d'une part, sur les manifestations cliniques, et sur les lésions anatomo-pathologiques, et d'autre part, sur la réaction de Bordet-Wassermann et les résultats du traitement, il nous paraît légitime de conclure à l'existence de la péritonite syphilitique primitive.

2° La péritonite syphilitique présente deux modalités cliniques : La forme aiguë et la forme chronique.

La première est caractérisée par la formation d'une ascite abondante qui, ponctionnée, se renouvelle avec rapidité. Il peut coexister une tumeur généralement d'aspect sarcomateux qui, d'ailleurs, disparaît complètement sous l'influence du traitement spécifique. L'évolution vers la cachexie est prompte si un traitement n'intervient pas. La forme chronique est caractérisée par la formation de néo-membranes : c'est une péritonite fibro-adhésive. Elle emprunte la symptomatologie à celle de l'organe autour duquel elle se développe électi-

vement, d'où les signes divers de péricholécystite, péri-colite, péri-appendicite, pelvipéritonite, etc... De même, il importe de rechercher la syphilis chez les malades souffrant de troubles gastro-intestinaux mal caractérisés, d'origine indéterminée et qui présentent un ventre douloureux, sans localisation nette de la douleur. C'est dans ce cas qu'il faut toujours penser à l'existence d'une péritonite syphilitique chronique.

3° Le traitement anti-syphilitique doit être institué immédiatement. Il tombe sous le sens qu'il ne pourrait avoir d'action que sur les lésions jeunes : péritonite aiguë, à forme ascitique, lésions gommeuses viscérales, péritonéales, s'il en existe.

Vis-à-vis des formes chroniques scléreuses il doit rester sans effet. Aussi convient-il dans le cas où la syphilie est avérée de ne pas prolonger indéfiniment la tentative du traitement spécifique et savoir recourir à la thérapeutique chirurgicale. C'est ainsi que dans les cas rebelles où les douleurs deviennent incompatibles avec une existence normale ou lorsqu'une bride gêne considérablement le transit intestinal, la laparotomie est indiquée. Il en est de même lorsque les voies biliaires sont bloquées par la formation d'un lacis d'adhérences épaissies et résistantes.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

PORTAL. — *Anatomie médicale*. Ulcérations du péritoine (1803).

CULLERIER. — (*Union médicale*, 1854, p. 256).

Albert PUECH. — (*Moniteur des Hôpitaux*, 1857, p. 145).

SIMPSON. — *Edinburg méd. and. surg. Journal* n° 37 (*Obstetric. Works*, obs. V, VI, VII. t. II).

WILKS. — *Traité des maladies vénériennes*, t. IV.

MURCHISON. — Affection syphilitique du foie, du péritoine, de la dure mère (*The Lancet*, 30 novembre 1804).

BAERENSPRUG. — *Die Héritaire syphilis* (Berlin, 1884).

LANCEREAUX. — *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1866.

OSER. — *Drei faelle von enteritis syphilitica* (*Archives Derm. und. syphilis*, 1871, t. III).

SCHROTT. — (*Archives für Kinderheilkunde*, 1861).

LAURENZI. — Entéro-péritonite gommosa sip. (fiorn della malattia ven 1871, t. II).

POULIN. — Etude sur les atrophies viscérales consécutives aux inflammations chroniques des séreuses (*Thèse Paris*, 1880).

WARFUNG et BLIX. — (Fall von darm syphilis, n° 181-1879).

PAROT. — Leçons cliniques (*Progrès médical*, 1878, p. 873-874).

HAYEM et TISSIER. — De la syphilis intestinale (*Journal de médecine*, 1889).

BARRIÉ. — De la syphilis intestinale (*Journal des praticiens*, 1889).

SEZARY et RENAUT. — Péritonite chronique syphilitique (*Bulletin médical de l'Algérie*, 1890).

MOYNAN. — *The Lancet*, 1009, vol. 2).

GASTOU. — Syphilitis, in *Traité des maladies de l'enfance*, 1897.

BATTYS. — Syphilis chyloform ascite, dropy and albuminuria (*Clinical section*, 10 février 1911, p. 112).

SCHULTZ. — Viscéral pathology of syphilis (*Cleveland medical journal*, septembre 1912).

MAFIMA und OMO — Einfall von syphilis hereditaria tarda, von ascites und uterus befallen (*Japanische Zeitschrift für dermatologie und urologie*, février 1910, p. 99).

BALLANT, — Des cirrhoses syphilitiques simulant les cirrhoses alcooliques (*Thèse de Paris*, 1912).

DUHOT et LEROY. — Hépatosplénomégalie avec ascite attribuée à la syphilis héréditaire tardive (*Société de médecine du département du Nord*, 13 juin 1913. *Echo médical du Nord*, 29 juin 1913, p. 310).

REBATTU et FAUGEAS. — Syphilis hépatique avec ascite latente (*Société des sciences médicales de Lyon*, 3 avril 1913).

LETULLE. — La péritonite syphilitique cause fréquente de l'ascite dans les cirrhoses du foie (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 3 septembre 1918, p. 209).

LETULLE. — La péritonite syphilitique (*Presse médicale*, 19 septembre 1918).

BRIZARD J. L. A. — Des lésions anatomo-pathologiques du péritoine au cours de la syphilis viscérale (*Thèse de Paris*, 1917-1918, n° 71).

PEHU et BONAFE. — Péritonites syphilitiques chez les nouveau-nés (*Lyon médical*, 10 juin 1922).

COURTOIT-SUFFIT et GIROUX. — Cirrhose du foie avec ascite

péritonite syphilitique suivie de guérison (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 24 janvier 1919).

P. CARNOT et BERON. — Pancréatite scléro-gommeuse et rétro-péritonite calleuse syphilitique (*Société médicale des hôpitaux*, 18 juillet 1924).

CHIRAY et JANET. — Pleuro-péritonite subaiguë de la syphilis tertiaire (*Société médicale des hôpitaux*, 15 avril 1921).

JOSE W. WALDES. — Péritonite chronique exsudative par syphilis héréditaire (*Archivos latino-americanos de Pediatría*, t. XXVII, n° 5 et 8, mai juin 1924).

FOURNIER. — (*Traité de la syphilis*, t. II).

BERDAL. — (*Traité de la syphilis*).

LANGLEDERT. — (*Traité de la syphilis*).

HALLOPEAU et FOUQUET. — (*Traité de la syphilis*).

MAURIAC. — (*Traité de la syphilis tertiaire*).

BROUARDEL et GILBERT. — Maladies du péritoine.

MACAIGNE. — Les péritonites chroniques (*Nouveau Traité de Médecine*, Roger-Widal-Teissier).

FAVRE. — Syphilis (*Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, t. I).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>La péritonite syphilitique et ses formes cliniques</i>	9
DÉFINITION	9
<i>Introduction</i>	11
<i>Historique</i>	17
<i>Etiologie</i>	22
<i>Formes cliniques</i>	24
PÉRITONITE SYPHILITIQUE AIGÜE	25
Symptômes	26
<i>Période de début</i>	26
Signes locaux	26
— fonctionnels	28
— généraux	28
<i>Période d'état</i>	28
Forme ascitique simple	29
— — avec tumeur	30
<i>Evolution</i>	31
PÉRITONITE CHRONIQUE SYPHILITIQUE	32
<i>Période de début</i>	34
— <i>d'état</i>	35
Périhépatite et Péricholécystite	36
Périgastrite	38
Péricolite	41
Pelvipéritonite	45
<i>Traitement</i>	47
<i>Observations</i>	50
<i>Conclusions</i>	57
<i>Bibliographie</i>	59

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE A. CLERC.



